SAINT LUC MEDICAL

3 Nr 1

SOMMAIRE :

Editorial 3

Prof. Dr P. Milliez,
Le problème médical dans un avenir prochain 5

Sénateur R. Houben,
L'évolution des soins de santé physiques et psychiques 17

Dr R. De Guchteneere,
Le Xe congrès international des médecins catholiques 29

Nouvelles de Saint-Luc . . . 51

Le 40e anniversaire 59

Bibliographie 61

Revues reçues 65

Nous avons lu pour vous . . . 67

EDITORIAL

Ce numéro inaugure une nouvelle étape dans la vie, déjà longue, de notre Revue. Il ne s'agit pas d'une rupture avec le passé, ni même d'une brusque mutation: la présentation sous une couverture unique, de deux fascicules unilingues de volume égal, ne signifie rien d'autre que l'aboutissement d'une lente évolution qui s'est étalée sur quelque trente ans.

C'est en 1932, en effet, que SAINT-LUC MEDICAL — qui avait succédé depuis deux ans au «Bulletin» trimestriel et assez confidentiel publié dès 1922 — accueillit pour la première fois des publications en langue néerlandaise. Ce bilinguisme, d'abord timide, était justifié par la création de plusieurs Sociétés régionales de Saint-Luc en pays flamand. Mais jusqu'au moment où la guerre vint interrompre notre parution, il demeura assez théorique, malgré les efforts de la Rédaction pour équilibrer les deux langues.

Lorsque SAINT-LUC MEDICAL reparut en 1947, avec une équipe rajeunie et bilingue, le volume des contributions de langue néerlandaise fut d'emblée plus important, et ne cessa de croître dans la suite. Aussi dès 1949 cet état de choses se concrétisa par une modification de la page de couverture et, notammant, par l'ajoute de «SINT-LUCASBLAD» au titre habituel «SAINT-LUC MEDICAL».

Quelques années plus tard, une réforme de structure fut opérée dans la Société Médicale Belge de Saint Luc: création de l'ASSOCIATION et du VERBOND, groupant les membres selon leur communauté linguistique et culturelle au sein d'une Société nationale, avec un Conseil d'Administration unique. Une adaptation de la Revue à cette nouvelle structure devenait dès lors logique, mais ne put être réalisée plus tôt à cause de tous les problèmes d'ordre administratif, financier et humain qu'elle impliquait. C'est chose faite aujourd'hui, mais ceux que le mélange des langues au sein de la même Revue irritait, à juste titre d'ailleurs, devront nous rendre cette justice que depuis un an surtout, nous avions réussi à grouper et à équilibrer les articles des deux langues dans chaque livraison, de manière à faciliter la lecture. A partir de maintenant, ce bilinguisme de droit est devenu un bilinguisme de fait, sans rien sacrifier du caractère national de notre Société, auquel nous restons tous très attachés et qui est symbolisé par la couverture unique, ornée de deux titres.

Les Revues ont sur les hommes l'avantage de pouvoir rajeunir. Mais, à quoi servent en définitive une nouvelle présentation, une jolie couverture, une typographie moderne, si la Rédaction elle-même n'est pas rajeunie par l'apport d'un sang nouveau? Ce que nos Collègues flamands ont pu réaliser par l'entrée dans leur équipe, d'éléments jeunes, actifs et enthousiastes, nous devrions pouvoir le faire également du côté francophone, sous peine d'encourir une baisse de régime et un nouveau déséquilibre. Aussi, c'est un appel pressant que nous adressons aux jeunes pour qu'ils viennent grossir nos rangs et assurer l'indispensable relève. Nous pourrons ainsi mieux réaliser un de nos objectifs essentiels: faire prévaloir la conception chrétienne de la vie dans l'exercice de la profession médicale.

LE PROBLEME MEDICAL DANS UN AVENIR PROCHAIN(1)

par Paul Milliez
Professeur de Pathologie interne
à la Faculté de Médecine de Paris.

Partout dans le monde l'exercice de la médecine se transforme.

En bien des pays, les médecins connaissent actuellement des conditions de vie misérables. Médecins occidentaux, nous avons eu le privilège d'échapper jusqu'à présent à l'étatisation, mais cette situation ne va pas durer. Les prémices de la transformation sont déjà perceptibles. Celle-ci va s'accélérer avec la fusion de nos Corps Médicaux Nationaux dans les mois à venir.

Il ne s'agit pas de savoir si cette mutation est bonne ou mauvaise. Les faits sont là. Nous allons tenter d'analyser les causes de cette étatisation et voir quels remèdes nous pouvons lui apporter, non pour faire obstruction, mais pour rendre tolérable pour tous l'inéluctable métamorphose, sans que disparaisse l'aspect personnel, c'est-à-dire humain, de la médecine lorsque celle-ci sera collectivisée.

Les causes de l'évolution de l'exercice médical sont évidentes.

Elles sont techniques, financières et sociales.

---

(1)Conférence faite au Rassemblement annuel de la Société Médicale Belge de St. Luc — 40e anniversaire — 21 octobre 1962.

Les raisons **techniques** ont été largement vulgarisées. Notre profession se modernise. Notre art devient une science. Notre rôle est de plus en plus celui du technicien qui, à l'aide de ses outils, s'efforce de trouver la cause d'une défectuosité et, à l'aide d'autres instruments, tente d'y parer, essayant même d'aller jusqu'à la pièce de rechange.

Cette transformation rend le métier de plus en plus difficile pour les aînés, qui ne possèdent ni les techniques ni les instruments et quand ils ont les instruments ne savent guère les utiliser. Pour les plus jeunes le seul remède est la spécialisation relative, car il paraît de plus en plus compliqué de posséder convenablement une connaissance suffisante et tenue à jour de chaque spécialité. Sans ce recours, le praticien ou bien se sent réduit à une médecine symptomatique à la chaîne qu'il exerce avec mauvaise conscience, ou bien le médecin en appelle régulièrement à l'hôpital ou au spécialiste onéreux et lointain. C'est là une position inconfortable qui conduit progressivement le praticien à ne plus avoir dans les régions urbaines et surpeuplées qu'un rôle exténuant et ingrat de trieur.

Cette haute technicité, en exigeant le recours à ces appareils coûteux, difficiles à manier, et soumis à des techniciens entraîne la modernisation de l'hôpital et la création de centres de diagnostic et de traitement d'où le malade revient vers son médecin avec une fiche signalétique comportant un bilan et les moyens éventuels de rémédier aux déficiences.

Cette évolution technique ira en s'aggravant car au sein même des spécialités de nouvelles spécialisations naissent et l'on ne voit pas comment enrayer cette marche vers un compartimentage qui ne cédera que lorsqu'une culture préétablie permettra aux médecins dont les moyens techniques se seront standardisés pour tous les organes du corps humain, de posséder à nouveau une vue générale des problèmes actuellement analysés et mal synthétisés.

Une haute technicité comporte de graves incidences **financières,** car non seulement elle n'est pas à la portée de tous les praticiens dans l'état actuel de leurs connaissances et surtout de l'exercice de leur profession, mais cela même étant réglé, on ne voit pas comment médecins et malades assumeraient les frais des investigations et les interventions modernes.

Le coût très élevé de la médecine scientifique exigeant du fait de ses progrès constants de nouveaux investissements ne peut être supporté que par un tiers et ce tiers, quelque nom autonome qu'on lui donne, est toujours la collectivité et, d'une façon plus ou moins déguisée, l'Etat.

C'est la raison pour laquelle les hôpitaux publics se sont transformés et cette transformation s'est accompagnée d'une modification invisible à leurs yeux mais évidente pour le tiers payant,

des médecins hospitaliers. Le tiers payant a acquis un droit de regard sur la marche de l'hôpital et sur la façon dont ses ressortissants sont soignés. Des sommes considérables ne peuvent pas être maniées sans que leur contrôle soit assuré, et il va de soi que ces dépenses, dans l'intérêt de tous, doivent être réduites au minimum. A égalité de valeur, l'investigation la moins onéreuse, la médication la moins coûteuse, l'intervention la plus économique seront sinon imposées, du moins largement favorisées. Il en sera de même pour les lieux de soin et la façon de soigner. On conçoit mal en particulier que les instances financières acceptent indéfiniment un travail à temps partiel des médecins hospitaliers, ne permettant pas la rotation rapide et donc la récupération sociale accélérée des malades d'une part, et empêchant l'amortissement du matériel, d'autre part.

La troisième raison de l'évolution de l'exercice de notre profession est **sociale.**

Tandis que la médecine devient de plus en plus onéreuse, les clients sont non seulement de moins en moins capables, mais surtout de moins en moins tentés de payer le prix exact de la médecine technique. Les fortunes certes s'amenuisent, mais les malades revendiquent de plus en plus le droit à la santé.

La médecine personnelle qui nous paraît si belle, le semble de moins en moins à nos patients et ceux-ci se tournent vers le spécialiste le plus compétent lorsqu'ils se sentent mal en point. Le côté humain de la médecine spécialisée sans être indifférent au malade le devient moins que la valeur technique. Le souffrant préfère la guérison physique au soulagement moral, que lui importe l'étiquette! Par contre, le citoyen se rebelle contre une médecine honorée et de plus en plus il souhaite une médecine sociale de prévention et de soins. S'il existe certes encore une certaine méfiance à l'égard des organismes collectifs, cette réticence s'efface peu à peu devant la rapidité d'un diagnostic ou l'efficacité d'un traitement.

Cette modification des fortunes, ce caractère onéreux de la médecine, cette revendication sociale de la médecine gratuite vont de pair avec une exigence plus grande du client. Ses connaissances se sont accrues, le plus simple exige des piqûres, le médiocrement évolué demande des examens cliniques et radiologiques, le plus instruit attend des soins adéquats! Tous se prêtent aux investigations et aux interventions thérapeutiques et chirurgicales avec une confiance et une ingénuité qui vont de pair avec une gratuité totale ou quasi totale; et le médecin qui n'a pas suivi le mouvement se voit inéluctablement rejeté dans un univers encore rentable mais bien proche de celui des mages et des guérisseurs.

Transformation scientifique et onéreuse d'une médecine destinée à une population mieux instruite et socialement évoluée. Voilà qui suffit à mettre tous les atouts dans les mains de la collectivité.

Que faisons-nous, médecins, en face de cette situation? Le plus souvent rien!

Nous rejetons les modifications progressives et raisonnables sans proposer de formule de rechange, sans nous rendre compte que nos victoires ne sont que passagères et nous nous trouverons évincés ou, plus vraisemblablement, engagés contre notre gré dans une médecine étatisée et qui sera, en partie par notre faute, de mauvaise qualité.

L'étatisation comporte un grand et réel danger: la dépersonnalisation.

La seule façon d'éviter cet écueil est, de notre part, une action positive: nous devons non seulement favoriser, mais encore promouvoir une réforme.

On ne peut pas demander au public, ni même aux pouvoirs publics de comprendre le danger d'une étatisation aveugle; d'autant qu'il est si simple de créer des centres de diagnostic et de soins avec des médecins fonctionnaires et de grandes formations hospitalo-universitaires avec des consultants plein temps! On trouvera toujours les hommes pour exercer ces deux types de médecine, les uns par paresse, par pusillanimité ou par idéal, les autres par goût de la vie de recherche.

Le médecin seul connaît les inconvénients inévitables de la fonctionnarisation. Seul, il sait, en effet, qu'il n'a pas d'emblée compris la part personnelle de l'exercice de son art, seul le médecin sait aussi quel moteur peut être, hélas!, à certaines heures de lassitude, la rentabilité de l'acte médical. Seul il n'ignore pas, enfin, qu'une médecine non personnelle, c'est-à-dire non honorée n'est pas accomplie de même manière que la médecine de famille, car le médecin, quelque honnête qu'il soit, n'est plus tributaire de l'individu, mais dépend de la collectivité qui le paie. Le médecin ne perdra plus de temps à des conversations apparemment inutiles, mais sûrement calmantes, à des interrogatoires oiseux mais souvent libérateurs, à une palpation ou une auscultation décevantes mais rituelles. Il formulera, sur quelques symptomes fonctionnels, une prescription dont il attendra les résultats ou les effets et passera au suivant. L'Etat verra, dans cette médecine plus rapide, un rendement en apparence supérieur de son «redevable» et lui conseillera, comme cela se fait ailleurs, une médecine économique à laquelle le subalterne-médecin finira par se soumettre.

Ce qui sera vrai sur le plan de la médecine de diagnostic et de traitement le deviendra également sur le plan hospitalier.

L'hospitalisation sera une faveur réservée aux cas graves et surtout exceptionnels. Le médecin hospitalo-universitaire, qui traitera des maladies et non plus des malades, trouvera dans cet exercice une satisfaction intellectuelle qui le conduira vers une médecine très scientifique; celle-ci risque d'aboutir, comme c'est le cas ailleurs, à l'expérimentation humaine.

L'absence de médecine de soins, de temps perdu près du patient, déshumanisera notre profession plus sûrement qu'ont pu le faire l'appât du gain et l'ignorance.

A ces dangers, il faut trouver les parades. Elles existent au sein du corps médical actuellement en exercice, pour le praticien, pour l'hospitalier et pour les relations entre celui-ci et celui-là.

Sur le plan du praticien, une réorganisation s'impose: la création des cabinets de groupe et d'équipe, mais cabinets contrôlés par les médecins eux-mêmes et non par des capitalistes ou des collectivités. Aux médecins de faire saisir aux établissements de crédit l'intérêt majeur de cette tentative de gestion de la médecine par les médecins eux-mêmes pour le plus grand profit financier de l'Etat et l'intérêt matériel des malades. Chaque médecin, soutenu et remplacé par ses confrères, pourrait en outre parfaire ses connaissances, vivre une existence moins irrationnelle, prendre des vacances et connaître une vie familiale.

Sur le plan de l'hospitalier, un seul recours: ne pas tolérer la disparition totale de la médecine sociale ou praticienne, demander aux hospitaliers de continuer de voir des patients à titre privé et d'aller voir avec des praticiens quelques malades en ville. Il ne faut pas, sous prétexte de science et de progrès, emmurer les médecins officiels dans leurs laboratoires de recherches et les laisser adopter une attitude aristocratique dédaigneuse qui couperait l'élite médicale, des praticiens, d'une part, de la souffrance d'autre part.

Enfin, entre les praticiens et les hospitaliers, il faut créer un grand courant de confiance et de promotion. De confiance le praticien ira de son groupe vers les hospitaliers pour ses malades et aussi pour une mise à jour régulière de ses connaissances. Le praticien, associé aux travaux scientifiques du centre hospitalier de sa région, valorisera sa médecine et entretiendra sa flamme de savoir. Ses travaux vaudraient au médecin de base la possibilité d'une promotion hospitalière latérale qui serait bien souvent d'un utile appoint pour les savants coupés, malgré tout, des expériences quotidiennes.

Il semble que ce vrai courant entre enseignants et anciens enseignés réaliserait un grand progrès. Le médecin praticien souffre souvent d'un complexe d'infériorité vis-à-vis des Maîtres officiels. Le praticien en est d'autant plus malheureux que, d'une part, il se rend compte de ses propres imperfections et que, d'autre part, il perçoit fort bien que le consultant n'est pas toujours conscient de ses déficiences personnelles.

Quand, par hasard, le médecin chevronné retourne sur les bancs de sa Faculté d'origine, il est amèrement surpris de voir combien l'enseignement y est théorique, comme l'on a tendance à ne s'intéresser qu'à des maladies exceptionnelles. Il note aussi que trop

souvent même la clinique, au lit du malade, n'est que jeu de l'esprit. Il voit que si le médecin hospitalier arrive, après des examens douloureux et coûteux, à des diagnostics que lui, praticien, serait incapable de porter, il n'en résulte trop souvent pour le patient aucune sanction efficace. Le praticien enfin perçoit que l'étudiant quittera demain la Faculté sans avoir acquis auprès de ses Maîtres les notions élémentaires qui permettent de soigner ni les maladies banales, pain quotidien de la médecine, ni les troubles fonctionnels multiples qui sont la raison de consulter de neuf malades sur dix.

Le praticien aimerait que les maîtres daignent se pencher sur ces broutilles sans importance apparente qui, cependant, écoutées à temps, permettraient, sans nul doute, d'éviter, d'une part l'évolution vers l'organicité et, d'autre part, le recours aux guérisseurs.

Notre faute à nous tous, médecins enseignants, tient, en vérité, à ce que nous nous laissons à notre tour entraîner par la vague matérialiste et nous acceptons de ne reconnaître comme réelle que la maladie objectivable, alors que notre action bienfaisante est bien plus souvent le fait de notre ascendent psychologique au stade où la maladie est encore à son ébauche fonctionnelle et où tout est réversible.

Pour rendre et garder à la médecine sa personnalisation, il faut de nouveau l'humaniser. Il faut, au sein des Facultés, faire un enseignement qui corresponde à la réalité quotidienne. La meilleure façon d'y parvenir, me semble-t-il, serait de ne pas créer seulement, comme on le fait actuellement, des Instituts de recherche pour les savants, mais aussi de fonder de nouvelles chaires de propédeutique, de déontologie, de psycho-somatie et de confier une partie de ces enseignements à des médecins praticiens, parvenus après de longues années d'humble exercice à déceler les facteurs psychologiques des phénomènes pathologiques.

La transformation de l'exercice médical sera pénible. Elle exige, pour être aussi peu douloureuse que possible, un climat de confiance: confiance des représentants des collectivités à l'égard des médecins qui ne doivent pas être considérés comme des exploiteurs de la souffrance humaine; confiance des médecins à l'égard des organismes officiels qui ne doivent pas être systématiquement soupçonnés de vouloir opprimer les médecins; confiance des médecins à l'égard de leurs Maîtres qu'ils ne doivent pas considérer comme rétrogrades ou inabordables et confiance des Maîtres à l'égard des Praticiens qu'ils ne doivent pas juger comme des inférieurs ou des ignorants.

Est-ce espoir chimérique que de voir préserver ainsi, grâce à l'effort de chacun, une Médecine vraiment chrétienne? Pour ma part, je ne le pense pas.

RESUME

L'exercice de la médecine dans nos pays d'Occident évolue rapidement vers une certaine forme d'étatisation. Les causes en sont techniques, financières et sociales. Les causes techniques sont évidentes : la technicité ne cesse de se développer en médecine avec, pour corollaire, une spécialisation croissante. Cette haute technicité alourdit constamment le coût de la médecine et appelle le tiers payant. Les patients par contre, ne peuvent et ne veulent plus payer le prix exact de la médecine technique, tandis que leurs exigences à l'égard de la médecine ne cessent d'augmenter.

L'étatisation de la médecine comporte cependant un grand danger: c'est la dépersonnalisation du malade et du médecin. Seul le médecin sait combien la relation personnelle avec le patient a d'importance pour la guérison. A lui donc de trouver les formules nécessaires pour maintenir sa valeur humaine à la médecine nationalisée et technicisée de demain.

SUMMARY

The exercice of medecine in our Western countries is evolving rapidly towards a certain form of nationalisation. The causes of this are technical, financial and social. The technical causes are evident: medical techniques are continually developing in medicine, with, as a corollary, an increasing specialisation. This is constantly increasing medical costs and involves payment by a third party. The patients, on the other hand, are unable and unwilling to pay the actual price of this technical medicine and at the same time are becoming more demanding as regards medical care.

Nationalisation of medicine involves a serious danger of depersonalisation of the patient and the doctor. Only the doctor knows how important the personal relationship to the patient is for a cure, so it is up to him to find the formulas which will safeguard its human value in the nationalised and «technicalised» medicine of to-morrow.

L'EVOLUTION DES SOINS DE SANTE PHYSIQUES ET PSYCHIQUES (1)

par R. Houben
Sénateur.

L'orateur se défend d'abord de traiter en tant que profane de l'évolution des soins de santé physique et psychique dans leurs aspects techniques. S'il veut parler de l'évolution des «soins de santé» (et non pas de l'«art de guérir»), c'est pour en faire ressortir la fonction, les objectifs et la place occupée dans la société.

L'exposé comportera:

1. Quelques considérations sur l'évolution générale de la société, puisque c'est dans son sein que s'opère l'évolution des soins de santé et qu'elle en fait partie intégrante;
2. La nature de l'évolution des soins de santé;
3. Un certain nombre de conclusions.

---

(1) Conférence faite, en néerlandais, au Rassemblement annuel de la Société Médicale Belge de St. Luc — 40e anniversaire — 21 octobre 1962 (traduction).

L'évolution générale de la société.

Le monde où nous vivons subit une évolution rapide et fondamentale. L'accélération de l'évolution démographique: 100 millions d'âmes au temps de J.-C. à 3.120 millions actuellement. Prévisions pour l'an 2.000: 6.300 millions. Naissance d'une communauté mondiale par suite de l'abolition des distances et de l'émancipation des peuples. Apports nouveaux et spectaculaires de la science et de la technique, tels que l'énergie atomique, la navigation spatiale, la télévision mondiale, dont les manifestations s'étendent à tous les domaines de l'activité économique. Leur répercussion sur la vie sociale: les cadres de la société, la structure de la famille, l'existence elle-même de l'homme sont partout modifiés; augmentation de la durée de vie moyenne, tranformation des habitudes alimentaires et vestimentaires, des conditions de travail et de logement, des liens familiaux, des loisirs. Nous vivons autrement parce que nous vivons dans un univers différent, nous sommes traités et soignés d'une autre façon: la maladie et la mort n'ont plus le même aspect. Il en résulte des données et des problèmes nouveaux se rapportant aux soins de santé physique et psychique.

Cette évolution est régie par trois éléments, par trois forces: la philosophie, la science et la politique.

La philosophie est la manière de concevoir la valeur, la signification et le destin de l'homme. Opposition entre la philosophie matérialiste et la philosophie spiritualiste.

La science a permis la multiplication de l'espèce humaine par l'accroissement de la production alimentaire, la lutte contre les maladies épidémiques et le relèvement de la durée de vie. D'autre part, en supprimant les distances, elle a créé une communauté universelle. Dans tous les domaines elle suscite des possibilités, des techniques et des moyens nouveaux. Personne n'est capable d'entraver ce progrès scientifique, qui est d'autant plus rapide que les recherches systématiques sont encouragées par d'importantes forces politiques et économiques.

La politique menée aussi bien sur le plan international que national conditionne la paix et la guerre, la structure de la société, les institutions et leur fonctionnement. Sa portée est mise en évidence par les différences qui existent dans la structure, les objectifs, la conception philosophique des deux côtés du rideau de fer.

Dans cette évolution d'ensemble, dominée et influencée par la philosophie, la science et la politique, la personne humaine est en jeu.

Il est évident que cette évolution d'ensemble offre des possibilités jamais rencontrées d'épanouissement physique, intellectuel

de santé, de développement intellectuel et de bonheur, mais il est en même temps menacé par des dangers nouveaux qu'il ignorait jusqu'à présent. Ces dangers sont: la destruction physique par les forces atomiques, la pollution de l'air, de l'eau et des aliments, et plus encore, la déchéance morale provoquée par des régimes politiques totalitaires pouvant disposer de traitements scientifiques de masse de nature à supprimer la liberté individuelle. L'homme doit, en outre, faire face au problème de l'adaptation physique et psychique au milieu qui se modifie trop rapidement. Cfr. Carrel: «l'homme cet inconnu»; Huxley: «Le meilleur des mondes»; Stefan Hautem: «Retour au silence» et Gabriel Marcel: «L'homme contre l'humain».

L'évolution des soins de santé fait partie intégrante de l'évolution et y occupe une place primordiale parce qu'il s'agit de l'une des sciences les plus importantes qui touchent l'être humain. Les soins de santé subissent l'influence des trois forces qui régissent l'évolution d'ensemble. La science est l'un des fondements des soins de santé. La conception philosophique de la valeur de l'homme affecte profondément la façon dont les soins de santé seront appliqués et l'attitude à l'égard de la personne humaine.

La politique régit les cadres sociaux et les institutions. Elle influe sur les moyens financiers et les rapports sociaux. Par la législation, elle détermine les droits et les devoirs. Les soins de santé doivent contribuer au développement physique et psychique de l'homme et les praticiens de la science médicale aideront à le protéger contre les dangers physiques, psychiques et même moraux suscités par l'évolution d'ensemble des conditions de vie.

NATURE DE L'EVOLUTION DES SOINS DE SANTE.

1. Evolution de la technique.

Apparition des antibiotiques, adaptation des maternités, du traitement des tuberculeux, des malades mentaux.

2. Ampleur croissante des soins de santé.

L'instauration de l'assurance obligatoire maladie-invalidité, le relèvement exceptionnel du revenu et du niveau de vie, l'attention plus grande réservée à la santé et aux soins qu'elle nécessite, ont provoqué depuis la fin de la guerre une recrudescence du nombre de prestations, et multiplié les traitements et les équipements de tout genre. Les moyens financiers mis en œuvre dans ce but augmentent chaque année. La seule assurance obligatoire a absorbé 2.300 millions en 1945 et 12.500 millions en 1962.

3. Evolution des objectifs des soins de santé.

Ces objectifs qui consistaient initialement à guérir les malades, puis à prévenir les maladies, visent à présent à promouvoir la santé.

Ces objectifs auxquels correspondent successivement la médecine curative, la médecine préventive et les soins de santé physique et psychologique ne s'attachent pas seulement au côté négatif de la question — suppression des maladies — mais encore à son côté positif — épanouissement de la santé. Exemples: Réduire le taux de la mortalité infantile, mais aussi développer ultérieurement ces enfants à qui l'on a permis de vivre. Réduire le taux de la mortalité des accouchées, mais aussi faire de ces accouchements un moyen d'épanouissement physique et psychologique de la femme et une source de bonheur familial. Prolonger l'existence des vieillards, mais aussi en faire des êtres capables de vivre et non pas de végéter, comme ce n'est que trop souvent le cas dans certains hospices.

4. Parallèlement à cette nouvelle optique sur les objectifs, l'on constate deux autres revirements dans cette évolution.

L'accent est mis sur le développement de la médecine préventive au sein d'établissements spéciaux, tels que les centres de santé, sur la tutelle sanitaire des jeunes travailleurs, le dépistage des maladies professionnelles, le dépistage et la prophylaxie de certaines maladies, les consultations pré-et postnatales, les centres psycho-médico-sociaux et le contrôle médico-sportif. Ensuite, l'élément psychique intervient beaucoup plus dans les soins de santé que ce n'était le cas dans la médecine curative. Dans les centres psycho-médico-sociaux les aspects physique et psychique sont étroitement liés. Les médecins s'occupent d'ailleurs davantages des facteurs psychiques: il s'intéressent à l'état d'âme du consultant, à son comportement, à sa vie sexuelle, à ses dépressions, à son surmenage, à son mode de vie, à ses distractions. Exemple: La préparation psychologique à l'accouchement.

5. Un autre aspect de l'évolution des soins de santé est la transition des rapports individuels en rapports collectifs.

Cette transition se constate chez le personnel soignant. Les soins sont de plus en plus prodigués par des équipes spécialisées, la médecine de groupe remplace la médecine individuelle. Les produits pharmaceutiques sont fabriqués et distribués par des industriels et grossistes. Cette tendance à s'adresser à la collectivité plutôt qu'à l'individu se manifeste surtout dans les domaines de la prophylaxie et de la prévention (administration de produits immunisants).

6. Plusieurs mesures législatives ont été publiées ou sont en cours d'élaboration, notamment: l'arrêté organique sur les centres P.M.S. à compléter par un arrêté complémentaire avant la fin de l'année; le projet de loi sur l'inspection médicale scolaire obliga-

toire, déposé par le Ministre MEYERS. Ces deux nouvelles réglementations entraîneront nécessairement une révision du statut des centres de santé, de l'organisation du contrôle médico-sportif et de la tutelle sanitaire des jeunes travailleurs.

D'autre part, on demande un statut légal des hôpitaux et des soins à domicile.

Il s'indique de reconnaître légalement le grade et le titre des médecins-spécialistes et de régler leur formation. Une proposition de loi a été déposée dans ce sens.

La réforme de l'assurance maladie-invalidité est à l'ordre du jour. Les organisations qui groupent les indépendants et les agriculteurs réclament l'assurance obligatoire des soins de santé pour tous les indépendants.

Il est question d'une nouvelle réglementation en matière de production et de distribution des produits pharmaceutiques.

CONCLUSIONS.

1. L'évolution que nous subissons est loin d'être terminée. Nous devons veiller au succès de cette évolution ultérieure pour les motifs suivants.

2. Par leur développement et la corrélation croissante entre leurs éléments physiques et psychiques, les soins de santé exerceront de plus en plus leur influence sur l'homme. Ex.: influence du centre P.M.S. et de l'orientation scolaire sur l'enfant, assistance et préparation morale de la future mère. Le caractère de plus en plus collectif et la technicité accrue risquent de porter atteinte à la personne humaine et à son autonomie.

3. Il est indispensable qu'en développant les soins de santé dans le souci d'une efficacité optimale, les valeurs personnelles soient sauvegardées. Il s'agit des droits de la personne humaine, du respect de son autodétermination, du respect à l'égard du médecin. L'initiative privée dans la création d'établissements de tout genre doit être maintenu sans sortir du cadre d'une rationalisation nécessairement inspirée par le bien public.

4. Nous nous trouvons devant une série de problèmes qui touchent à la fois au domaine de la science médicale et à celui de l'organisation sociale des soins de santé A cet égard, l'orateur songe notamment à la nécessité: — d'assurer l'unité et le caractère personnel du traitement dans la médecine de groupe — de coordonner les divers organismes de médecine préventive et de créer une collaboration réelle entre eux — d'associer les traitements physique et psychique — d'étendre la médecine préventive à





l'ensemble de la population, du moins à certains moments de la vie — de développer de façon adéquate les diverses institutions et législations dont il est question. L'orateur termine en félicitant l'Association à l'occasion de son 40ème anniversaire. Ceux qui demain auront à prendre des responsabilités dans l'organisation des soins de santé, attendent de l'Association l'information et la collaboration indispensable pour le bien-être de la population et la sauvegarde des valeurs qui nous sont chères.

RESUME

Nous assistons actuellement à une évolution rapide des soins de santé, qui est en corrélation avec les transformations de la Société. Il est à prévoir que par leur développement même, et par leur caractère de plus en plus psychosomatique, les soins de santé exerceront une influence croissante sur l'homme. Toutefois, leur distribution plus collective et leur technicité croissante risquent de porter atteinte à la personne humaine et à son autonomie.

Il est indispensable que l'évolution des soins de santé vers une efficacité optimale, se fasse avec le souci de sauvegarder les valeurs personnelles. A cet égard, l'auteur formule quelques suggestions relatives à la science médicale et à l'organisation sociale des soins de santé.

SUMMARY

We see taking place at present a rapid evolution in medical care which is closely related to the transformations occuring in Society. It can be foreseen that because of its very development and its increasingly psycho-somatic character medical care will exert an ever-growing influence on man.

At the same time, its more collective distribution and its progressively technical nature threaten the autonomy of the human person.

It is essential that the evolution of medical care towards its optimal efficiency be carried out in such a way as to safeguard personal values. In this regard, the author formulates certain suggestions about medical science and the social organisation of medical care.

LES TRAVAUX DU Xe CONGRES INTERNATIONAL DES MEDECINS CATHOLIQUES

LONDRES JUILLET 1962

Dr R. DE GUCHTENEERE

Comme il a été dit antérieurement (1), *le sujet général du Xe Congrès «The Catholic Doctor in changing Societies» avait été subdivisé en cinq sections occupant chacune une séance:* 1) *le médecin catholique et les problèmes de l'adolescence;* 2) *le médecin catholique et les vieillards;* 3) *le médecin catholique et les cas désespérés;* 4) *le médecin catholique et les tendances actuelles en hygiène mentale;* 5) *le médecin catholique et les pays nouvellement indépendants.*

Chaque séance comportait quatre rapports principaux, et en général, un ou deux rapports connexes. Leur longueur était strictement limitée. Le reste de la séance — 4 *heures en tout — était consacré à la discussion.*

Etant donné l'abondance des matières présentées, nous ne pouvons donner qu'un bref aperçu des sujets traités. Ceux de nos lecteurs qui voudraient de plus amples renseignements sur l'un ou l'autre point sont priés de se référer au volume des rapports, déjà publié par le Secrétariat ou au volume des discussions qui paraîtra prochainement.

I. Le médecin catholique et les problèmes de l'adolescence.

Les quatre rapporteurs principaux étaient: le Dr J.H. Gould, psychiâtre à Londres: «**Les problèmes des adolescents dans les communautés urbaines**»; le Dr E.D. Irvine, médecin scolaire à Exeter: «**Les adolescentes à l'école**»; le Dr Clémént Launay, médecin des Hôpitaux, Paris: «**Quelques problèmes soulevés par l'adolescence actuelle**»; le Dr P.P Lynch, de Nouvelle-Zélande: «**L'adolescent dans le «Welfare state**». Il faut y ajouter le rapport de notre confrère Verly, déja publié dans «St-Luc-Médical» nr 4 - 1962.

Le Dr. Gould fait observer d'abord que l'adolescence, en tant que phénomène social important, est une chose relativement récente. Jadis, cette phase de la vie n'existait pratiquement que dans certaines classes privilégiées de la société. Pour la masse, l'adolescence était télescopée entre la période post-pubertaire et l'état de jeune adulte.

En fait, l'adolescence est cette période située entre la puberté et l'état adulte, pendant laquelle l'intéressé n'encourt ni responsabilité économique, ni participation à la vie sociale, tandis qu'il poursuit un processus de différenciation. Dans la période de l'entre deux guerres, ce groupe social, d'ailleurs limité, était en général conformiste et ne créait guère d'anxiété, ni chez les parents, ni pour l'autorité publique. Depuis la dernière guerre, les adolescents, c'est-à-dire les individus de 16 à 23 ans, ont, non seulement, augmenté en nombre, mais en tant que groupe social différencié, ils s'affirment à tous les niveaux de la société. Leur stéréotype psychologique est plus divergent de celui de la génération précédente que cela n'a jamais été le cas, du moins dans un passé récent. En termes de comportement, les adolescents proclament que les valeurs - sociales, personnelles, morales, religieuses - honorées par la Société dans laquelle ils entrent, n'ont plus de signification pour ceux.

Nous, catholiques, nous croyons que nous détenons un système de valeurs permanentes qui sont applicables à tous les individus de n'importe quelle société. Notre communauté de croyants devrait donc moins souffrir que d'autres dans cette phase de mutation sociale. Il ne semble pourtant pas que cela soit vrai, à en juger par la délinquance juvénile, qui n'est pas moindre dans nos milieux. Nous n'avons donc pas réussi à transmettre à nos adolescents l'échelle de valeurs qui est la nôtre, peut être parce que nous avons trop considéré celles-ci comme une protection contre les risques de la vie, plutôt que des instruments pour la promotion de l'homme.

Le Dr. Irvine, médecin scolaire, signale en commençant un des paradoxes de notre époque: les enfants mûrissent plus vite biologiquement, mais au point de vue administratif et social, ils sont maintenus dans l'enfance plus longtemps, à cause de la prolongation de la scolarité. Ainsi, l'âge de l'adolescence se passe de plus en plus à l'école. Chez les filles, on peut en fixer les limites à 12 et 18 ans. C'est l'âge où le schéma émotionnel de l'enfance doit se remodeler pour atteindre le type adulte. Des poussées d'indépendance, venues du subconscient, entrent en lutte avec les contraintes sociales de l'extérieur. Il est important, pour la réussite de ce «second sevrage» que les parents fasssent preuve d'un amour profond et généreux, qui n'est pas moins indispensable à l'adolescente qu'à l'enfant, quel soit le détachement qu'elle affiche à cet égard. De même, la compréhension affectueuse de tous ceux qui doivent, à un titre quelconque, s'occuper de l'adolescente - éducatrices, médecin, prêtre - l'aidera puissamment à surmonter les orages intérieurs qui caractérisent cette période de la vie.

Le Dr. Clément Launay divise l'adolescence en deux phases: l'adolescence pubertaire, de 12 à 16 ans chez le garçon, de 10 à 15 ans chez la fille. Phase d'agitation, d'instabilité, «d'âge ingrat». La deuxième phase, de 15 ou 16 ans et au-delà, est la phase d'affirmation, d'achèvement de la croissance, d'élan créateur etc... A notre époque, elle a une tendance à s'allonger: beaucoup de sujets n'arrivent que très tard à une personnalité adulte.

Il y a deux aspects dans l'adolescence actuelle: 1) le besoin explosif de liberté, d'autonomie, d'échapper au contrôle familial, avec le double risque d'aventures sexuelles précoces et le délaissement d'un travail régulier. Cette tendance, qui va de pair avec un accroissement de la délinquance juvénile, est

due aux facteurs suivants: désaccords familiaux, nomadisme des familles urbaines et surtout, le «virus de l'information», presse, cinéma, radio, télévision, qui plonge l'adolescent dans un monde tumultueux et sans régles morales où il a le plus grand mal à former sa personnalité. 2) L'autre aspect est celui de hyper-protection qui est le propre de certaines familles closes; cela conduit l'adolescent à une immaturité affective. D'où ces adolescences interminables où le sujet n'arrive jamais à s'adultiser. Les études prolongées, trop de confort familial, maintiennent, pendant des années un narcissisme qui fait que le sujet s'enferme en lui-même, incapable d'aucun intérêt véritable à autrui.

Entre ces deux extrêmes, ces deux écueils, comment les parents doivent-ils se diriger? Signalons d'abord, que l'adolescence sera ce que l'enfance la prépare à être. D'où l'importance de l'action éducative des parents dans le jeune âge; et le père y est trop souvent déficient. Au cours de l'adolescence, c'est le dialogue qui doit se substituer à l'éducation. Dialogue souvent difficile, car il faut que les parents acceptent que l'adolescent dise son avis, même si celui-ci leur paraît absurde. Mais ce dialogue n'est possible que s'il se rattache à un passé, c'est-à-dire si le père ou la mère ont tenu leur place dans l'enfance. S'il devient impossible, les parents doivent néanmoins éviter la rupture et maintenir une présence. D'autres personnes peuvent alors établir le contact à leur place: oncle, éducateur, médecin, aumônier, groupe de jeunes.

Le Dr. P.P. Lynch de Nouvelle Zélande explique d'abord comment son pays, avec sa population homogène, d'origine anglo-saxonne exclusive, son haut degré de prospérité et sa législation sociale très progressiste, peut être considéré comme le prototype du Welfare-State. A son avis, les avantages de ce système l'emportent sur les inconvénients, pourtant réels du paternalisme d'Etat. Les problèmes de l'adolescence, en tout cas, y existent comme ailleurs et la délinquance juvénile n'est pas moindre, ce qui prouve que le facteur économique n'est pas prédominant dans sa genèse. Et il termine par une citation de Shakespeare dans les «Winter Tales» qui montre combien les problèmes des adolescents sont éternels: «Si, du moins, ils pouvaient passer à dormir, le temps qui va de dix ans à vingt-trois, on ne verrait pas toutes ces filles séduites, toutes ces querelles avec les anciens, ni tous ces larcins et ces batailles».

II. Le médecin catholique et les vieillards.

Les rapporteurs généraux étaient les suivants: Le Révérend Dr. G. Yahn, docteur en médecine et en philosophie, professeur de déontologie à l'Université de San Diego (Californie): «**Les bases naturelles d'une Gérontologie sociale et le problème de la population vieillissante**»; le Dr. V. Santana Carlos, de Lisbonne: «**Aspects médicaux et sociaux du vieillissement**»; Professeur Bruno Callieri et Professeur Romolo Priori, de l'Université de Rome: «**Aspects psychologiques et psychiatriques du vieillissement**»; Dr. H. Péquignot, médecin des Hôpitaux, Paris: «**Besoins médicaux du sujet âgé. La sous-consommation médicale des vieillards**».

Le Rév. Dr. Yahn énumère d'abord une série de droits du vieillard, dérivés des droits de l'homme, tels qu'ils sont définis par la loi naturelle: celui de pouvoir travailler, d'être libéré de la misère, de participer aux ressources de la famille et de la communauté, d'être logé décemment, de vivre et de mourir dignement, tout en bénéficiant des progrès scientifiques et sociaux qui permettent d'embellir les dernières années de la vie. Ces droits s'accompagnent naturellement d'obligations correspondantes, tels le devoir de servir la famille, la Société, Dieu et l'Eglise; de tâcher de s'adapter aux changements inévitables et de mettre en pratique les principes de l'hygiène physique, mentale et spirituelle.

Depuis vingt ans, le nombre de sujets ayant dépassé 65 ans a doublé et augmentera encore à l'avenir. Cette situation impose des obligations nouvelles à la Société et au Corps médical. Malheureusement la tendance de certains médecins, insouciants des prescriptions du droit naturel et dépourvus de motivations spirituelles, est trop souvent de considérer la gériatrie comme un raccomodage de machines usées ou un simple arrosage de légumes. Par contre, le praticien qui a gardé une ouverture sur le surnaturel et se rend compte qu'il fait partie du Corps mystique, saura aussi apporter à son patient l'espoir d'une vie éternelle, l'amour et la confiance en Dieu et favoriser ainsi une attitude mentale plus courageuse et une acceptation joyeuse de son sort.

Le Dr. V.A. Santana Carlos distingue deux attitudes fondamentales et contradictoires de l'humanité au cours des âges, à l'égard de la vieillesse. La première consiste simplement à se désintéresser des vieux qui ne peuvent plus assurer leur subsistance. La seconde au contraire considère le vieillard comme un être respectable, doué de sagesse et chargé d'expérience, qui doit servir de guide aux jeunes générations. De nos jours, c'est plutôt une attitude intermédiaire entre ces deux extrêmes qui domine chez la plupart de nos contemporains. On se rend mieux compte que l'âge est plus une affaire de physiologie que de chronologie; la simple mise à la pension ne résout pas tous les problèmes et il ne faut pas que l'expérience et la sagesse acquises au cours d'une vie soient gaspillées dans la vieillesse.

On peut classer les vieillards en trois groupes: 1) ceux qui sont encore capables, dans certaines limites de se suffire à eux -mêmes;2) ceux qui se trouvent dans une situation intermédiaire entre la pleine activité physique et mentale et l'incapacité totale; 3) les malades aigus et chroniques, devenus grabataires. Ces trois groupes nécessitent une certaine forme s'assistance. Pour les premiers, il s'agit de leur trouver de l'occupation et de prévenir dans la mesure du possible la détérioration physique et mentale qui accompagne fatalement le processus du vieillissement. Mais, c'est surtout l'hygiène mentale qui est importante. Les statistiques ont prouvé que l'augmentation des troubles psychiques qui se rencontrent chez les individus de plus de 65 ans, n'est pas dûe en ordre principal à des lésions organiques, mais bien à des conflits, des tensions et des inadaptations: en bref, à des causes exogènes. Une bonne ambiance de vie est donc essentielle pour l'évolution harmonieuse du grand âge.

Pour le deuxième et troisième groupe, un certain travail de réadaptation par une équipe spécialisée peut toujours être réalisée, avec, pour objectif, de rendre au vieillard handicapé, une certaine possibilité d'autonomie dans la vie quotidienne, ce qui pourrait lui permettre de quitter l'hôpital ou l'hospice. L'équipe de réadaptation comprend, à côté du médecin et de l'infirmière, un physiothérapeute, une assistante sociale, un thérapeute occupationnel, un psychologue.

Malgré tout, il restera des problèmes que l'équipe ne pourra pas résoudre: le problème religieux. Il appartient à l'Eglise et aussi au médecin catholique d'aborder ces problèmes et de donner aux vieillards une chance, sans doute la dernière de leur vie, de retrouver le bonheur même dans les circonstances les plus pénibles, grâce à une pratique assidue de leurs devoirs religieux.

Les Drs. Callieri et Priori insistent sur le fait que pour comprendre la psychologie du vieillard, il faut tenir compte d'une série de caractéristiques propres à la vieillesse: 1) la constante menace de l'âge à l'endroit de leur intégrité physique; 2) la frustration de l'agressivité; 3) l'insatisfaction psycho-sexuelle: 4) le sens de l'inutilité de leur existence. Actuellement, la façon dont la Société considère le vieillissement produit plus de ravages que la sénescence elle-même. Il est donc très important de substituer une vieillesse heureuse à celle qui, actuellement, est trop souvent malheureuse, comme le prouve le nombre croissant de suicides chez les sujets âgés.

Le Dr. H. Péquignot rappelle d'abord que les enquêtes auxquelles il s'est livré dans un hôpital général et dans une maison de retraite pour vieillards, montrent que ceux-ci sont en état de sous-consommation médicale habituelle. Cela provient, entre autres causes, du fait que le vieillard d'aujourd'hui a constitué son comportement vis-à-vis de la médecine avant le début du siècle, c'est-à-dire avant l'existence de la médecine curative moderne. Il est peu probable que les jeunes d'aujourd'hui, en vieillissant, perdent les habitudes qu'ils ont prises de faire appel à la médecine lorsqu'ils sont malades. C'est une prévision dont médecins, services sociaux et administrations hospitalières doivent tenir compte pour les années à venir.

En ce qui concerne la pathologie du vieillard, quatre points sont à considérer: le vieillard est un dénutri, un infirme respiratoire, un infirme moteur et surtout un infirme mental. Tous ses problèmes pathologiques deviennent lentement et inexorablement plus difficiles à résoudre. Le vieillard a mangé une partie de son capital biologique et il est devenu une mosaîque de cicatrices. Il est donc, en fait constament porteur d'affections multiples et le diagnostic médical pose chez lui des problèmes très particuliers, car le même symptôme peut être déterminé par plusieurs maladies dont les signes objectifs devront être successivement découverts. Le moindre trouble est à l'origine de réactions en chaîne qui aboutissent à de véritables cercles vicieux. La thérapeutique devra tenir compte de ce fait, tenant à la multiplicité des atteintes organiques chez le vieillard; plus que jamais, le traitement sera l'art de louvoyer entre des risques opposés. Mais à l'heure où la médecine est devenue si puissante, l'abstention thérapeutique n'est pas moralement justifiable. Et il faut pouvoir traiter les

vieillards dans des centres parfaitement équipés dont les besoins en personnel sont plus proches des services de nourrissons que des services classiques d'adultes.

Il n'existe aucune méthode physiologique générale qui ralentisse le vieillissement. La seule chose utile à recommander pour préparar la vieillesse, c'est que plus un adulte avance en âge, moins il doit remettre à demain le traitement le plus radical possible de toutes ses infirmités et de toutes les affections évolutives qu'on découvre chez lui.

III. Le médecin catholique et les cas désespérés.

Les quatre raporteurs généraux étaient: 1) Dr. F.J. Ayd, de Baltimore, U.S.A.: «**Les problèmes médico-moraux que posent les cas désespérés**»; 2) Professeur R. Kautsky, de l'Université de Hambourg: «**Les droits et responsabilités du médecin devant les cas désespérés**»; 3) Dr. E.G. Laforet, de Brooklin, U.S.A.: «**Les cas désespérés**»; 4) Dr. K.F.M. Pole de Kent, Grande Bretagne: «**Les cas désespérés**»; 5) Rév. Soeur Marie-Catherine de Sienne, de Victoria, Canada: «**L'attitude chrétienne devant le cas désespéré**».

Le Dr. F.J. Ayd se demande pourquoi il existe de telles divergences d'opinion entre médecins quant à l'attitude à prendre devant un malade condamné alors que par ailleurs tout le monde est d'accord sur le droit de l'homme de vivre dignement et de mourir de même? C'est parce qu'il est difficile de savoir exactement à quel moment de la maladie la mort devient inévitable. Partant de là, les uns affirment qu'il faut donc, par tous les moyens, conserver la vie le plus longtemps possible, tandis que les autres sont d'avis qu'il faut surtout alléger la souffrance et ne pas faire d'efforts extraordinaires pour prolonger la vie. Les premiers citent à l'appui de leur thèse les cas réels, bien que rares, où une thérapeutique héroïque, prodiguée par une équipe spécialisée (Intensive Care Units) a pu sauver des malades moribonds. Ils disent aussi que l'expérience ainsi acquise, même si elle se solde par un échec, peut servir à d'autres. Ce qui est d'abord considéré comme une mesure exceptionnelle peut devenir un moyen ordinaire dans la suite: telle est la loi du progrès technique.

En fait, s'il est parfois difficile de savoir si un malade est définitivement condamné, le plus souvent ce diagnostic peut être posé avec une grande certitude par le médecin traitant. C'est à lui, alors, de décider quelle attitude adopter suivant les particularités du cas: l'âge du patient, ses responsabilités personnelles et familiales, ses ressources, ainsi que les chances de succès, le coût et le caractère plus ou moins pénible de la thérapeutique envisagée. Seule la considération de tous ces aspects du cas, dont certains ne sont pas proprement médicaux, permettra au médecin de distinguer les moyens ordinaires qu'il a le devoir d'utiliser, des moyens extraordinaires, auxquels, ni lui-même, ni le patient n'a l'obligation de recourir. Telle est l'opinion commune des moralistes chrétiens, qui a été renforcée, il y a peu d'années par une déclaration explicite du Pape Pie XII. Il ne faut pas que la technique médicale devienne une arme scientifique pour prolonger l'agonie.

Le professeur Kautsky montre comment, dans des cas vraiment désespérés, le médecin a le droit de se dispenser d'employer des moyens thérapeutiques qui ne peuvent que prolonger la vie sans guérir le malade. Et contrairement à ce que certains ont prétendu, cela n'est pas de l'euthanasie. L'euthanasie implique, en effet, une intervention positive afin d'amener la mort, ce qui est très différent d'une attitude d'abstention, qui laisse mourir en paix celui qui, de toutes façons, est condamné à mort. Mais cette décision de laisser mourir, ne peut évidemment être prise qu'après une considération soigneuse de tous les éléments du cas concret. Elle sera parfois très difficile à prendre, par exemple dans certains cas de tentative de suicide ou encore, dans les cas de réanimation chez les traumatisés du système nerveux central. Et l'auteur de citer une ancienne prière qui s'applique fort bien au médecin angoissé: Que Dieu me donne le courage d'intervenir là où mon intervention peut être utile; qu'Il me donne aussi la résignation d'accepter l'état de choses que je ne puis plus modifier; qu'Il me donne surtout la sagesse de distinguer l'un de l'autre.»

Le Dr. E.G. Laforet définit le cas désespéré comme étant celui d'une affection relativement chronique, dont le diagnostic a été nettement établi et pour lequel il n'existe pas de thérapeutique connue ou applicable. Un cas de ce genre suscite nécessairement des problèmes médico-moraux difficiles. Car l'attitude médicale peut osciller entre deux extrêmes, l'euthanasie d'une part, qui est illicite, et d'autre part, des tentatives déraisonnables de prolonger la vie, qui sont à déconseiller. On sait que le médecin n'a d'obligation que d'employer des moyens ordinaires, et ne doit pas recourir aux moyens extraordinaires. Toutefois, dans le doute sur la nature - ordinaire ou extraordinaire - des moyens thérapeutiques envisagés, il vaut mieux rester du côté de la thérapeutique active plutôt que d'abandonner trop vite la lutte.

Une autre question difficile est celle de communiquer le diagnostic et le pronostic fatal. Sans doute, il n'existe pas de règle absolue en la matière; mais il y a beaucoup d'arguments d'ordre légal, psychologique, moral et spirituel en faveur d'une information adéquate et convenable du patient et de sa famille. Le principe de base qui doit nous guider c'est d'agir toujours dans le véritable intérêt du malade.

L'expérimentation sur les malades condamnés n'est pas illicite en soi, pourvu que les garanties morales inhérentes à toute expérimentation humaine soient réalisées. Mais il faut prendre garde que des expérimentations de ce genre sont susceptibles de tromper l'observateur et de léser le sujet.

Au point de vue spirituel, l'aspect le plus important du problème se rapporte à la réception des sacrements s'il s'agit d'un croyant, et à une préparation convenable à la mort si le malade est incroyant.

Le Dr. K.F.M.Pole traîte le même sujet, envisagé du point de vue du médecin praticien, et on se rend compte par son exposé qu'il a une grosse expérience de ces cas et qu'il a beaucoup réfléchi aux questions médico-morales qui se posent à l'occasion de l'approche de la mort. Notamment, celle de savoir quand et comment il faut instruire le patient de l'issue fatale qui l'attend. Comme l'a énoncé jadis un moraliste, il ne peut y avoir de conflit réel entre

la vérité et la charité, qui, toutes deux, viennent de Dieu. Car la vérité peut être présentée de manière fragmentaire et graduelle, suivant les dispositions et les angoisses du patient. Et cela peut se faire sans mentir, à peu près comme on répond à l'enfant qui pose des questions à propos de la vie sexuelle. D'ailleurs, s'il existe une bonne relation de confiance entre le patient et son médecin, comme cela devrait être toujours, ce dernier n'aura pas de difficulté à faire venir le prêtre bien à temps. C'est alors au prêtre qu'il incombera de préparer le malade à la mort. Et à ce propos, il serait temps de revenir à la conception ancienne du sacrement des malades qui devrait remplacer le terme impropre de «derniers sacrements» ou «Extrême-onction».

La Révérende Soeur Marie-Catherine de Sienne dit que le cas désespéré est un enfant de Dieu qui approche du moment du jugement qui fixera son sort pour l'éternité. Il est souvent en proie à la souffrance et à l'angoisse, et il a droit à tous nos soins et à toute notre compassion. Mais son état présent et son avenir sont entre les mains de Dieu qui n'a pas besoin de notre intervention pour modifier le cours des choses. En tant que chrétiens, nous devons accepter avec humilité ce que nous ne pouvons pas comprendre et pratiquer ces oeuvres de miséricorde corporelle et spirituelle sur lesquelles le Christ s'est clairement prononcé.

IV. Le médecin catholique et les tendances actuelles en hygiène mentale.

Les quatre rapporteurs principaux étaient: 1) D. Conrad Baars de Rochester U.S.A.: «**St-Thomas d'Aquin et la cure de la névrose obsessionnelle**»; 2) Professeur U. De Giacomo, Directeur de l'Hôpital psychiatrique à Rome: «**La récupération sociale du malade mental, du point de vue du médecin catholique**»; 3) Dr. K.F. Meldahl, Médecin-chef du Service National de Santé du Danemark: «**Hygiène mentale**»; 4) Dr. Laetitia Fairfield, Docteur en droit, ancien médecin du London County Council: «**Les catholiques et les soins des malades mentaux à domicile**».

Le Dr. C. Baars affirme qu'on trouve déjà dans St-Thomas, la notion du conflit entre deux tendances instinctives, dont l'une refoule l'autre de manière excessive, créant ainsi un état de tension psychique anormale, pouvant aboutir à la névrose d'angoisse ou d'aggressivité. S'inspirant des travaux du Dr. Terruwe, pscyhiâtre néerlandais, il estime que la psychothérapie des névroses obsessionnelles peut faire un usage très fécond de cette notion. L'équilibre entre les appétits concupiscibles et irascibles doit être rétabli afin que la raison retrouve son empire sur les pulsions instinctives. Car une répression consciente et raisonnée ne crée pas de tension pathologique; c'est le refoulement au niveau du subconscient, d'une tendance instinctive par une autre qui est à l'origine des névroses.

Le Professeur Umb. De Giacomo fait remarquer que depuis une quarantaine d'années, l'ancien asile d'aliénés a perdu progressivement son aspect de prison où on séquestrait ceux qu'il fallait soustraire à la vie sociale, pour devenir un hôpital psychiâtrique où on soigne les malades mentaux afin de les guérir et de les rendre à la société. A cet effet, les traitements d'ordre biologique

doivent se combiner avec les traitements psychothérapiques, dont il existe à l'heure actuelle toute une gamme. Il n'est pas douteux que l'influence chrétienne au sein de l'hôpital psychiâtrique puisse réaliser un climat de charité et de confiance en Dieu, extrêmement favorable à la réadaptation des malades mentaux au sein de la Société.

Le Dr. K.F. Meldahl dit que la définition de la santé telle qu'elle a été établie par l'O.M.S. met l'hygiène mentale sur le même pied que l'hygiène physique, ce qui donne un son nouveau et revient à admettre que l'homme est un complexe bio-psychique. De même, la déclaration des Droits de l'homme sonne le glas du déterminisme philosophique, puisqu'elle introduit, à côté des droits, la notion de la responsabilité de l'homme vis-à-vis de lui-même et de ses semblables. En fait, la majorité des hommes basent leur comportement sur l'égoïsme personnel ou familial. Mais le maintien d'une bonne hygiène mentale à travers les vicissitudes de la vie exige que l'homme possède une philosophie des valeurs qui le soutienne en toutes circonstances. Cette philosophie elle-même doit avoir un support spirituel, et celui-ci n'existe que dans le Christianisme qui nous apporte une relation personnelle avec Dieu.

Le malheur du monde occidental, c'est sa déchristianisation progressive. Les pays de l'Est ont dressé le matérialisme dialectique, comme une anti-religion en face du christianisme, alors, qu'en fait, ils lui préparent le terrain par l'éradication violente de l'égoïsme individuel au profit de la communauté. De même, le drame des pays sous-développés, c'est qu'ils ne sont pas chrétiens. Car leur faim n'est pas seulement physique, elle est aussi spirituelle. C'est à nous, qui possédons la vérité, qu'il appartient de la proclamer au monde, suivant la parole: «seule la vérité vous délivrera».

Le Dr. Laetitia Fairfield insiste sur l'innovation hardie que représente la loi anglaise de 1959, sur la santé mentale. Cette loi abolit une série de prescriptions existantes touchant les soins à donner aux déficients et aux malades mentaux. Ceux-ci peuvent maintenant être traités aussi bien dans des hôpitaux généraux que dans des instituts spécialisés; l'admission volontaire devient la règle et l'internement forcé, l'exception. Des pouvoirs sont donnés aux autorités locales afin de fournir diverses formes d'assistance aux familles pour faciliter le séjour des malades à domicile, la fréquentation d'ateliers protégés et l'hébergement nocturne. En somme, il s'agit du retour des malades mentaux dans la communauté familiale et sociale, en lieu et place de la ségrégation qui était la règle jusqu'a présent. C'est une conception généreuse et conforme à l'esprit chrétien qui a toujours répugné à l'éviction des malades mentaux hors de la communauté humaine.

Actuellement, il y a, en Angleterre, 147.000 lits pour malades mentaux dans les hôpitaux psychiâtriques et 5.000 dans les hôpitaux généraux. Le plan prévoit que pour 1975, il y en aura seulement 80.000 dans les hôpitaux spécialisés et 12.000 dans les hôpitaux généraux. On espère que les cas chroniques auront disparu pour la plupart, grâce aux traitements modernes, ou seront soignés à domicile ou dans de petits instituts, du type hôtelier. Il y aura aussi de nombreux services de consultation psychiâtrique et des hôpitaux de jour pour malades logés à domicile. Ces vues sont évidemment trés optimistes, et

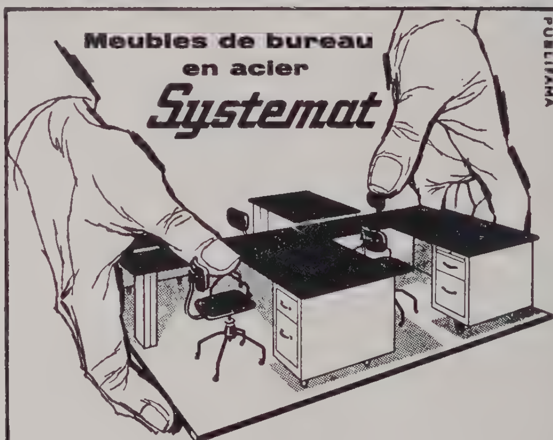
pour le moment, les résulats ne sont pas encore brillants. Il y a un haut pourcentage de récidives: 24% avant un an dans la clientèle d'un grand hôpital londonien, parmi les malades mentaux rendus à leur famille après moins de trois mois de séjour. Pour la plupart d'entre eux, les traitements prescrits n'avaient pas été appliqués et ils avaient négligé de se représenter à la consultation. C'est dans ces circonstances que l'équipe psychiâtrique, sous la direction du médecin inspecteur d'hygiène du district, a un rôle important à jouer en visitant les malades à domicile, afin de remédier aux insuffisances de l'entourage. Il faut que les médecins catholiques et les oeuvres catholiques de miséricorde collaborent avec ces instances officielles, car la tragédie de la maladie mentale dans notre civilisation actuelle est si grande, et son traitement adéquat si compliqué, qu'elle nécessite l'intervention de toutes les vertus chrétiennes et de tous les moyens de grâce connus par l'Eglise.

V. Le médecin catholique et les pays nouvellement indépendants.

Les quatre rapporteurs principaux étaient: 1) Dr. J. Barnes de Dublin, ancien médecin directeur de la Léproserie d'Ogaja (Nigérie) 2) Dr. L.D. Stirling, de l'Hôpital de la mission de Mnero, Tanganyika; 3) Rév. Soeur Nolan, du Secrétariat catholique de Lagos, Nigérie; 4) Dr. H. Jentgens, spécialiste pneumologue à Cologne.

Le Dr. J. Barnes lance un appel aux jeunes médecins pour qu'ils aillent travailler, au moins pour un temps, dans ces pays d'Afrique devenus indépendants et où les besoins médicaux sont si pressants. Quant aux Missions existantes là-bas, elles doivent tâcher de s'intégrer dans le Service de santé national et ne pas borner leur sollicitude aux besoins locaux d'une communauté chrétienne. Une coordination du travail sanitaire est indispensable et devrait aller jusqu'à mettre des médecins catholiques au service de missions protestantes et réciproquement, si le besoin s'en fait sentir. Car nous devons pouvoir nous entendre et nous entraider dans le domaine de la charité, même s'il persiste des divergences au point de vue doctrinal. Une telle collaboration contribuerait fortement à faire disparaître l'esprit de compétition et l'antagonisme qui existent encore trop souvent, entre missions de différentes dénominations.

Le Dr. Stirling parle de son expérience médicale au Tanganyika qui est devenu indépendant en 1961. Le corps médical, composé surtout de blancs, y est numériquement très insuffisant: un médecin pour 20.000 habitants. La situation hygiénique laisse beaucoup à désirer: la malaria est endémique de même que l'ankylostomiase et la bilharziose. Le pian est en régression, mais la gonorrhée rebelle aux sulfamides et aux antibiotiques, est en progrès. La tuberculose et la lèpre sont stationnaires. Toutes ces maladies sont entretenues ou aggravées par une alimentation défectueuse, tant en quantité qu'en qualité. Mais c'est surtout l'absence totale d'hygiène qui est la cause première de cet état sanitaire déplorable. Aussi le gouvernement fait de grands efforts pour stimuler l'éducation en général et l'éducation à l'hygiène en particulier.Mais les moyen financiers dont il dispose sont forcément très insuffisants par rapport à l'immensité des besoins. Comme les autres pays sous-développés devenus indépendants, le Tanganyika a un besoin urgent d'aide médicale. Puissent les médecins catholiques en grand nombre répondre à cet appel!


Meubles de bureau
en acier
Systemat
PUBLIFAMA


P
R

La Rév. Soeur Mary Nolan s'occupe surtout de la situation en Nigérie qu'elle connait bien. Il y a environ 5 millions de catholiques sur une population totale de 46 millions. On n'y compte que 700 médecins, dont 300 dans les régions de Lagos et Ibadan. Les missions catholiques possèdent en général des hôpitaux plus ou moins importants et diversement équipés, mais qui manquent de médecins, surtout de spécialistes. Les médecins catholiques attachés aux missions ne font généralement qu'un séjour de courte durée, tandis que les protestants ont des missionnaires médecins qui consacrent toute leur vie à leur travail missionaire. Si les hôpitaux catholiques n'arrivent pas, faute de ressources financières et de médecins, à maintenir un niveau scientifique suffisant, ils seront nationalisés à plus ou moins brève échéance. La difficulté provient du fait que le Gouvernement paie lui-même les traitements des médecins dans les hôpitaux officiels, mais ne le fait pas pour les hôpitaux des missions. Une bonne médecine dispensée dans des hôpitaux catholiques représente une influence énorme au point de vue de l'apostolat. C'est une considération qui a été quelque peu négligée sous le régime colonial, où la hiérarchie catholique n'avait de souci que pour l'éducation chrétienne, et se préoccupait peu de médecine. Il ne nous reste que peu de temps pour rétablir l'équilibre avant que tous les cadres médicaux ne soient occupés par des médecins indigènes, formés dans des écoles agnostiques.

Le Dr. H. Jentgens, pneumologue, a été envoyé en voyage d'instpecion dans l'Est et l'Ouest africain, par l'organisation épiscopale allemande «Misereor», afin d'étudier la question de l'endémie tuberculeuse dans les pays devenus récemment indépendants. Il envisage successivement l'aspect prophylactique, la médecine curative et la formation du personnel sanitaire autochtone. Pour chacune de ces rubriques, les besoins sont immenses, et les résultats ne pourront être obtenus que par une coordination de toutes les organisations officielles et privées, engagées dans cette lutte. Il faudra beaucoup d'aide des pays européens en personnel sanitaire, en équipement et en éducation avant que les pays indépendants n'arrivent à subvenir à leurs propres besoins, ce qui est l'objectif final vers lequel tous les efforts doivent tendre.

Nouvelles de Saint-Luc

Réunion du Conseil d'Administration: 8 novembre 1962.

Sont présents: Prof. VAN GEHUCHTEN, président; R.P. DE BOECK S.J., aumônier général de l'ASSOCIATION; Dr. WIBO, président d'honneur; Dr. THUILLIEZ, secrétaire général; Dr. FANUEL, président de l'ASSOCIATION; Dr. LIBBRECHT, vice-président du VERBOND; Dr. de GHELDERE, vice-président de l'ASSOCIATION; Dr. BALIS, secrétaire général du VERBOND; Dr. DOSSIN, secrétaire général de l'ASSOCIATION; Dr. DE GUCHTENEERE, rédacteur en chef du Bulletin St-LUC-MEDICAL; Dr. Jean GILLIS, trésorier; Prof LEDERER, président de l'A.M.A.C.; Dr. VERLY, président de la Sté ST-LUC Bruxelles; Dr. SACRE, secrétaire de rédaction du Bulletin ST-LUC MEDICAL; Dr. KIVITS, secrétaire.

Est excusé: Professeur HAVEN, président du VERBOND.

Après la prière, le procès-verbal de la séance du 11 octobre 1962 est lu et approuvé.

Le Président présente les félicitations du Conseil au Dr. LIBBRECHT qui vient d'être élu vice-président du VERBOND et le remercie de sa présence à la réunion.

Correspondance: Les sujets traités sont mentionnés sous les rubriques du procès-verbal auxquelles ils se rapportent.

Sécrétariat Médico-Social et Professionnel - Réunion du 15 novembre 1962:

Le Prof. DEREYMAEKER a été mis en possession des réponses reçues des médecins questionnés au sujet des diverses formes de la Dichotomie. Le Professeur DEREYMAEKER se propose de faire, à la réunion du 15 novembre, un exposé sur le partage des honoraires, donnant les éléments de morale professionnelle qui régissent ce problème et examinant les possibilités de leur application.

Elections au Comité du VERBOND: Le secrétaire général a adressé des lettres de félicitations aux membres élus.

Elections au Comité de l'ASSOCIATION: Différentes candidatures ont été présentées. Les élections auront lieu prochaînement.

XIe Anniversaire - 21 octobre 1962 - Compte rendu

Le Président se félicite du succès des diverses cérémonies organisées à l'occassion du XL[e] Anniversaire et remercie les organisateurs.

Le Dr. JENTGENS, délégué de la Société Saint-Luc d'Allemagne Fédérale a adressé une lettre de remerciements pour l'accueil qui lui a été fait lors des cérémonies.

Le Dr. DAUWE a adressé un télégramme de félicitations.

Certains membres du Conseil expriment le regret qu'il n'ait été possible d'assurer la traduction simultanée de sorte que le vif intérêt du discours du Sénateur HOUBEN a été perdu pour de nombreux auditeurs. Le Président assure les membres que seules des considérations d'ordre budgétaire ont obligé le Conseil à renoncer à cette traduction, mais qu'il sera tenu compte de cette observation pour les prochaines réunions. Un compte rendu des cérémonies sera donné en français et néerlandais dans le Bulletin du mois de décembre et les allocutions du Prof. MILLIEZ et du Sénateur HOUBEN seront publiées in extenso dans le Bulletin du mois de février. Chacun de ces exposés sera suivi d'un large résumé dans la seconde langue nationale.

Trésorerie - Oeuvre de l'ENFANCE HANDICAPEE: Le Trésorier s'est mis en rapport avec cette oeuvre pour être informé des articles de ses statuts en vertu desquels la Société St-LUC serait redevable d'une cotisation.

Nouvelles des Sociétés St-LUC: Le Cercle de St-LUC des étudiants francophones de Louvain demande d'être informé des activités de la Société et des statuts qui lient différents cercles au Conseil d'Administration.

Le Secrétaire général a remercié le Cercle Médical St-LUC de Louvain pour l'intérêt témoigné et a promis de le tenir informé des diverses activités de la Société.

D'autre part, le cercle de St-LUC de Louvain a envoyé son programme d'activité pour le premier semestre de l'année académique 1962-1963.

La Studentenkring MEDICA de Louvain a informé le Conseil d'Administration de la composition du nouveau Comité. Cette information paraître dans St-LUCASNIEUWS.

CERCLE DE BRUXELLES

Jeudi 29 november '62: Table Ronde sur «LE PROBLEME DE LA DICHOTOMIE» par le Prof. DEREYMAEKER. **Elections: Ont été nommés:** Président: Dr. Jean DELFOSSE (médecine interne); vice-président; Dr Paul ANSIAUX (pédiatrie); sécrétaire: Dr Pierre DE STAERCKE (chirurgie générale); conseillers: Dr Alex FAIN (médecine tropicale); Dr Michel de THIBAUT (chirurgie esthétique et réparatrice). Les 2 conseillers restant sont le Dr. André NOEL (pédiatrie) et le Dr. Maurice KIVITS (médecine tropicale) médecin attaché au Ministère des Affaires Etrangères.

CERCLE DE LIEGE

Vendredi 30 novembre '62: Equilibres endocriniens et comportement par Mr le Prof De VISSCHER de la Faculté de Médecine de l'Université de Louvain. Un tel thème fait l'objet des préoccupations fréquentes des médecins au cours de leur pratique habituelle. Dans quelle mesure les sécrétions hormonales influencent-elles nos centres nerveux supérieurs et notre comportement? C'est la pathologie endocrinienne qui nous a révélé ces corrélations. La composante neuro-psychique des affections portant sur la thyroïde, les ovaires et les surrénales est particulièrement bien connue. Notre hôte, qui a centré une large part de ses recherches sur le goitre et dont la remarquable activité de bio-physiologiste s'est vue consacrée en 1961 par son entrée à l'Académie Royale de Médecine de Belgique, nous fera bénéficier de sa grande expérience dans un domaine où la rigueur des analyses, la conscience de la complexité des facteurs en cause et l'esprit de discrimination sont spécialement requis.

CERCLE MEDICAL ST-LUC - Louvain (Etudiants francophones)

Mercredi 7-11-62: thé dansant sous les auspices des Anciens; **mercredi 28-11-62:** films médicaux; **jeudi 29-11-62:** «James Ensor» par René HUYGHE (Conférence St-LUC en collaboration avec le cercle industriel); **mardi 4 et jeudi 6-12-62:** Revue de Médecine; mercredi 12 et 19-12-62: films médicaux.

Délégués de cours: 1re Candi: J. P. VANHERCK; 3e CANDI: Chr. CATTELAIN; Ier Doc: Ph. ROISIN; Infirmières: Mlle Anne LEMAITRE; ANALYSTES: Mlle Hildegarde VERMASSEN.

CERCLE DE GAND

Jeudi 15-11-1962: «LE SOCIAL DANS L'EGLISE» par le Chanoine DELMOTTE, aumônier. Le Concile pose clairement la question concernant la structure de l'Eglise. Quel rôle joue le religieux? Quel lieu existe-t-il entre les évêques entre eux et avec le Pape? Leur contact est-il plutôt de nature pratique? ou forment-ils vraiment un collège? Quel rôle jouent les prètres qui ne sont pas évêques? Quoi de plus ont les évêques que leur prêtrise? L'essentiel de la prêtrise est-il d'être dans les prêtres plutôt que dans la hiérarchie? Signifi-

cation? Quelle est la place du laïc qui par son baptême est membre de l'Eglise, et par sa confirmation, est adulte dans la famille de cette Eglise. Les laics ont ils beaucoup à dire dans l'Eglise, à la hièrarchie, à côté de la hiérarchie, contre la hiérarchie? Et que dire des imperfections humaines, des péchés et faiblesses des autorités responsables.

CERCLE DE ST-NICOLAS-WAAS

Samedi 24-11-1962: «L'AVENIR DU CATHOLICISME» par le R.P. MERTENS. En 1963, le prof. Dr. CARP de Leiden parlera de l'«HYSTERIE» et une réunion sera consacée à l'étude de «l'HOMME MODERNE ET LA BIBLE».

CERCLE DE BRUGES

Mercredi 21-11-62: «MORALE DE LA FAMILLE» par le Chanoine DELMOTTE. Le conférencier ne parlera pas de la partie non technique de la morale du mariage mais bien de 3 points de vue, notamment celle de 2 individus séparément, le point de vue de ces deux personnes comme entité et celui de la famille. La partie technique sera exposée plus tard par un gynécologue averti, aidé d'un moraliste.

CERCLE DE MALINES

Mardi 4-12-'62: PROBLEMES CONCERNANT LA PROTECTION DE L'ENFANCE»par Monsieur VERHEYDEN, Procureur du Roi.

Compte rendu du rassemblement annuel du 21 octobre 1962 — 40e anniversaire

Le 21 octobre 1962, ST-LUC a réuni ses membres à Bruxelles pour fêter le 40e ANNIVERSAIRE de sa fondation. De très nombreux médecins ont répondu à l'invitation du Conseil d'Administration. Différentes personnalités rehaussaient de leur présence la séance académique qui s'est tenue à la Salle Benelux du Palais des Congrès: Mr le Ministre de la Santé Publique CUSTERS, Mgr. DESCAMPS, recteur de l'Université de Louvain, Mgr. GOOSSENS, vicaire général, représentant le Cardinal SUENENS, le Dr O'SULLIVAN, président du St-Luc anglais, le Dr JENTGENS, représentant du St-Luc allemand, le général major médecin GEUENS, inspecteur général du Service de Santé de l'Armée, Mgr BOONE, doyen de Bruxelles, les RR.PP. Provinciaux PLAQUET et SNOECK et le Dr WIBO, président d'honneur de St-Luc Belge.

A 15 h le Prof VAN GEHUCHTEN, président général, ouvre la séance. Il souhaite la bienvenue aux personnalités présentes ainsi qu'à tous ceux qui ont répondu à l'invitation. Il excuse le Cardinal SUENENS et Mgr VAN WAYENBERGH retenus au Concile.

Après avoir retracé brièvement les activités deployées par St-LUC pendant quarante années, il donne la parole au Prof. HAVEN, nouveau président du VERBOND qui fait remarquer que d'immenses progrès ont été réalisés à l'époque actuelle, tant au point de vue scientifique que social. on constate pourtant qu'au point de vue moral il n'en est pas de même. La médecine devient très coûteuse et son application pratique s'adapte souvent très difficilement aux perturbations démographiques actuelles de la vie. Il est un fait que le médecin catholique ne peut rester insensible à une médecine appropriée aux rapides progrès qu'entraine avec lui le progrès social.

Mr le Sénateur HOUBEN, ancien ministre, illustre ensuite par des exemples vécus et des statistiques parlantes son argumentation pour nous convaincre de la nécessité de résoudre des problèmes surgis dans notre pays du fait de cette ascension rapide au point de vue social et démographique.

Après les remerciements du Prof. VAN GEHUCHTEN, le Dr FANUEL, président de l'ASSOCIATION, présente le Prof. MILLIEZ, de Paris. Celui-ci, d'une maniére éblouissante, donne les raisons qui militent en faveur d'une évolution de la médecine: raisons scientifiques, pécuniaires et sociales. En conclusion, il engage les médecins à se grouper, même à l'échelon généraliste de façon à assurer une médecine plus précise: chaque médecin généraliste ayant approfondi une partie de la médecine. Cette médecine coûte malheureusement beaucoup plus cher, vu les dépenses du secrétariat.

Le Professeur VAN GEHUCHTEN remercie le conférencier et convie l'assistance à se rendre à la Sainte Messe, célèbrée en l'église de la Madeleine.

A 19 heures, un apéritif était servi aux 150 personnes qui participaient au banquet, à l'Hotel Métropole. Une atmosphère très amicale règna à ces agapes. Au dessert, le Prof. VAN GEHUCHTEN prononca un toast au Pape et au Roi. Le Professeur HAVEN et le Dr FANUEL prononcèrent quelques mots contenant l'ideal de St-Luc. Le Dr JENTGENS apporta le salut de la Féderation allemande; le Professeur MILLIEZ, celui de la Fédération française. Et le souper se termina dans une atmosphère très cordiale. La seule ombre au tableau de l'absence de trop nombreux médecins wallons. Devant 49 médecins bruxellois et 53 médecins flamands, il n'y avait que 10 médecins wallons.

Dr J.M. DOSSIN
Secrétaire général de l'ASSOCIATION.


BANQUE
SOCIETE GENERALE
BELGIQUE
LA BANQUE LA PLUS IMPORTANTE DU PAYS
AU SERVICE DE TOUS

Bibliographie

L'ACTION MEDICO-SOCIALE DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT

Docteur E. FOURNIER

Collection Tiers-monde. Institut d'étude du développement économique et social de l'Université de Paris — Paris. I.B. Baillière et fils 1961 — 305 *p.* — 30 *Fr. fr.*

«Les deux tiers des hommes souffrent, ont faim, sont malades, perdent leurs enfants en bas-âge et survivent misérablement sans travail, sans espoir». Ces mots, empruntés à la conclusion de l'auteur, traduisent brutalement une situation dont l'iniquité devrait hanter chacun d'entre nous, mais qui ne semble encore trouver un écho que chez un petit nombre de personnes averties. De leur côté, les pays pauvres prennent de mieux en mieux conscience de leur état de sous-développement et réclament l'aide des nations favorisées et des institutions internationales.

L'ouvrage du Dr Fournier expose la matière du cours qu'il professe à l'Institut d'études du développement économique et social de l'Université de Paris.

Si la santé n'est pas le seul élément de relèvement économique et social des populations du tiers-monde, elle est assurément une des conditions essentielles du rendement agricole ou industriel, qui doit apporter à ces pays les ressources indispensables.

L'auteur examine les divers facteurs d'un programme sanitaire et social mondial. A la base de tout plan rationnel d'amélioration doit s'inscrire une analyse de la situation existante et des besoins. Cet «inventaire» repose d'abord sur l'étude de la situation démographique (taux de natalité, de mortalité générale et infantile, indice d'accroissement, composition par âges) et sur les prévisions démographiques élaborées sur ces données.

Se pose alors le grave problème de l'expansion démographique mondiale et l'opportunité d'une action médicale sur cette évolution. Tous les pays sous-développés ne sont assurément pas des pays surpeuplés, mais il est un fait que pour certains d'entr'eux l'énorme poussée démographique due à la réduction de la mortalité, et surtout de la mortalité infantile, constitue un obstacle à l'évolution sociale et économique.

Indépendamment de l'aspect moral de certains procédés de limitation de naissance, leur application semble extrêmement difficile dans certains pays sous-développés, tant en raison du manque d'éducation de la population pour appliquer les techniques voulues, que des conceptions sociologiques qui s'opposent à cette limitation.

Un deuxième groupe de données est constitué par les statistiques sanitaires (causes de morbidité et de mortalité) et par la situation alimentaire.

L'auteur passe en revue les diverses maladies endémiques et épidémiques et les possibilités de lutte contre chacune d'elles.

Il aborde aussi le grave problème de l'alimentation des pays pauvres (sous-nutrition et mal-nutrition) et fournit de nombreuses données sur les disponibilités en calories et sur leur production alimentaire.

Il faut en troisième lieu tenir compte dans les problèmes médico-sociaux du caractère essentiellement rural de la grande majorité des populations à secourir.

Enfin, on établira les disponibilités en personnel et en installations médicales et les besoins à prévoir.

A partir de ces données, on peut envisager divers programmes d'action médico-sociale, basés avant tout sur l'amélioration des conditions sanitaires générales (eau potable, évacuation des matières usées, habitat), sur la lutte contre les insectes vecteurs de maladies, sur les vaccinations préventives et la chimioprophylaxie, sur le dépistage et le traitement des grandes maladies sociales: tuberculose, tréponématoses, lèpre, etc...

Les activités de médecine préventive peuvent, soit être mises en œuvre par des équipes mobiles, soit s'appuyer sur des centres de santé ruraux dans lesquels il est souhaitable de joindre les activités préventives et curatives.

Parallèlement aux activités sanitaires et médicales, il faut améliorer l'alimentation et promouvoir l'économie des zones rurales. De là, le concept de développement communautaire rural dont l'auteur cite quelques exemples.

Chaque activité médico-sociale doit s'appuyer sur l'éducation sanitaire de la population en vue, non seulement de faire admettre les mesures proposées, mais aussi d'obtenir la participation active des intéressés au relèvement de leur niveau de santé.

Cette question de l'éducation sanitaire fait l'objet d'un intéressant chapitre.

D'autres chapitres sont consacrés à l'organisation territoriale des hôpitaux, laboratoires et services d'approvisionnement. à l'organisation de la médecine du travail et aux problèmes particuliers des services médico-sociaux dans les centres urbains où s'agglutinent autour des complexes industriels des masses énormes, vivant dans des conditions de logement et d'hygiène les plus précaires.

L'importance primordiale pour l'avenir de ces pays, de la formation médico-sociale du personnel national est amplement soulignée et l'auteur envisage les diverses possibilités de formation, soit à l'étranger, soit par la création de centres nationaux ou régionaux pour l'organisation desquels une aide extérieure s'avère indispensable.

L'aide aux malades mentaux et l'hygiène mentale prend aussi une grande importance dans ces pays où la conscience même du sous-développement et les bouleversements rapides des structures sociales provoquent un grand nombre de psychoses et de névroses.

Enfin, l'auteur envisage les différentes formes d'assistance technique: multilatérale (institutions internationales et notamment l'action de l'O.M.S.) ou bilatérale (accords entre les gouvernements). Il s'étend particulièrement sur l'aide technique de la France à ses anciens territoires d'outre-mer.

L'ouvrage est étayé de nombreuses données statistiques empruntées aux travaux des organisations internationales (O.N.U., F.A.O., O.M.S., UNESCO). Leur présentation n'est malheureusement pas toujours homogène et la lecture en est peut-être un peu compliquée pour ceux qui ne sont pas initiés aux dénominations et aux méthodes d'activité de ces organisations.

On peut regretter aussi quelques faiblesses dans la présentation: le numérotage des chapitres, donné dans la table des matières, n'est pas repris dans le corps de l'ouvrage. Dans certains cas aussi, le contenu des chapitres ne correspond pas très exactement à leur titre.

Ces reproches mineurs n'enlèvent cependant rien aux grands mérites de ce travail qui aborde les divers aspects du vaste problème de l'amélioration de l'état de santé des populations du Tiers-monde. Il constitue une précieuse et abondante documentation, ainsi qu'une base d'étude et de réflexion pour tous ceux qui désirent collaborer à cette tâche de justice et de charité.

M. K.

REVUES RECUES:

LAVAL MEDICAL - No 4 - AVRIL 1962.

La dysautonomie familiale -encore appelée syndrome de Riley-Day - affection du «pleurs sans larmes» - indifférence relative à la douleur - coordination motrice défectueuse - sialorrhée - diaphorèse trop facile ou excessive - erythème pustuleux symétrique suivant les épisodes coléreux ou par le fait de manger - instabilité émotionnelle ? Ces manifestations d'un désordre congénital du système nerveux central semble avoir une origine génétique.

LAVAL MEDICAL - No 5 - MAI 1962

La gastromalacie - Cette affection se cantonne sur la grosse tubérosité de l'estomac et se présente comme une autolyse avancée de cette région. La pathogénie est encore à élucider; cependant les caractères de la vascularisation locale, l'hypothalamus, le système neurovégétatif, les structures du tronc cérébral et la réponse hypophyso-surrénalienne au stress peuvent selon les cas entrer plus ou moins directement en ligne de compte dans la genèse de cette affection.

SAINT-LUC - FRANCE - No 7 - JUILLET/AOUT 1962

L'ANGOISSE DU MALADE DEVANT L'OPERATION

par le Dr. SUBRA

Lorsque le médecin a décidé un malade de se faire opérer, même s'il se rend compte de la nécessité de l'intervention et qu'il a confiance dans l'équipe chirurgicale qui lui est proposée, le futur opéré devient anxieux, parce que partagé entre deux sentiments diamétralement opposés: aller de l'avant, se faire traiter et tenter de fuir, d'esquiver l'intervention.

Que craint le malade à opérer?

d'abord: la mort: il a tant entendu parler de complications que toujours il craindra qu'elles ne lui soient réservées;

la souffrance: aller de plein gré au-devant de la souffrance - dont on lui parle d'abondance lui paraît inacceptable;

l'agression physique: l'opéré se refuse à se laisser entamer et remanier même dans son propre intérêt;

la perte d'organe; chacun à pour son corps de l'affection, c'est pourquoi l'opéré accepte difficilement de se détacher d'un de ses organes;

l'anesthesie: qui rassemble diverses craintes: la peur de la mort;
la peur d'étouffer;
la peur de la libération psychologique.

En pratique que faire?

L'opéré subit une régression de sa personnalité. Durant les premiers jours, il dépendra exclusivement du personnel de soins: vite il se laissera dorloter, il deviendra capricieux, gourmand, exigeant. Aussi, comme pour un enfant, une autorité doit se substituer à ce sujet amoindri et se sera le rôle de l'equipe chirurgicale qui parlera d'autorité mais aimablement, avec sûreté de soi: un patient confiant est plus facile à soigner.

De plus, le malade ayant peur, il s'agit de le rassurer en l'initiant d'une certaine manière sur ce qui se passera, sur l'ensemble des précautions prises et sur les effets bénéfiques de l'intervention, sur le retour à la santé: dévoiler les risques de l'intervention soit à l'intéressé soit aux parents dépend des cas.

Il importe d'amener au chirurgien un malade calme et décidé. Des propos seront sécurisants et encourageants, feront plus appel aux contacts interhumains qu'à la chimiothérapie tranquillisante.

Grâce à une telle attitude charitable de la part de tous: chirurgien, anesthésiste, personnel de soins, on a préparé l'action physiologique par une préparation psychologique qui sera bénéfique tant avant qu'après l'intervention.

J.S.

NOUS AVONS LU POUR VOUS

Petibon: Christ et Zodiaque. *Editions de la Colombe*, 1962.

Cet ouvrage tente de refaire un libre voyage à travers les cycles d'évolution de l'humanité condensés dans le symbolisme zodiacal. Il s'agit d'une métaphysique des mystères de l'histoire religieuse du monde qui garde, sans doute, sa part d'hypothèse, mais qui part de la Science pour établir une gnose orthodoxe réadaptée à notre temps: elle respecte toutes les grandes religions et voit dans le christianisme leur axe fondamental.

Blanche Messis: Votre vie plus heureuse. *Editions de la Colombe*, 1962.

C'est à la vocation au bonheur, marque de notre origine divine, que chacun devrait tendre. Ce livre propose une méthode pratique pour que chacun de nous parvienne à résoudre, en toute occasion, ses propres problèmes. Il s'appuie sur la foi totale en la divinité et en sa présence toute puissante au cœur de l'homme; mais il se situe bien au-delà de toute limite confessionnelle. Il débute par un bref exposé de l'organisation psychique de l'homme.

Dagonet: Pages d'Evangile. *Editions du Cerf*, 1962.

Voici réunies en un volume une trentaine des allocutions prononcées par le Père Dagonet, O. P., à la télévision française. Ce livre excellent vous aidera à trouver dans l'Evangile, non pas des solutions toutes faites à vos problèmes actuels, mais bien la lumière des vérités intangibles d'où doivent procéder par votre réflexion et dans chaque plan les solutions chrétiennes. Ce livre très attachant peut être un excellent livre de courte méditation pour le médecin pressé.

Guardini: Le Dieu Vivant. *Editions Alsatia*, 1962.

L'auteur ne veut ici rien expliquer ni démontrer par des preuves rationelles, mais à partir des différentes réalités qui sont pour chacun objet d'expérience, souffrance ou joie, nostalgie de l'absolu ou repentir de la faute, il fait pénétrer l'homme jusqu'en ces profondeurs intimes de son être où le Dieu Vivant l'appelle et tourne sa face vers lui, mystère «qui dépasse tout entendement». Quelques chapitres comme La Providence, Dieu nous console, Les Nouveaux Cieux, et La Terre Nouvelle, suffiraient à nommer ce petit livre une théodicée du cœur. Les âmes religieuses y trouveront beaucoup.

Marcel Tinel: L'île mélanésienne. *Roman. Editions Julliard*, 1962.

Vers la fin de la dernière guerre, le lieutenant américain Patterson et l'aspirant japonais Nishiyuma se trouvent naufragés sur le même ilôt coralien au Nord-Ouest de l'archipel Salomon. Le Japonais, imbu des préjugés de l'honneur guerrier, décide de «prendre possession» de l'île et de ne pas fraterniser avec l'ennemi. Mais la nature, aussi bien que le tempérament généreux de Patterson, parviennent, au cours d'une odyssée à la Robinson, à faire des deux pilotes de vrais amis. Si bien que, lorsque l'escadre américaine les récupère, Nishiyuma renonce, par amitié pour Patterson, à faire hara-kiri pour sauver la face. Mais cette amitié singulière survivra-t-elle aux singulières circonstances qui l'ont fait naître?

Jean Onimus: Face au monde actuel. *Editions Desclée de Brouwer*, 272 pages.

En publiant ce livre Jean Onimus n'a pas voulu échafauder une théologie du monde moderne, mais c'est plutôt à une série de plongées dans les eaux profondes de la littérature contemporaine qu'il convie le lecteur, le laissant juge de decider lui-même des résultats de l'entreprise. Ces aspects de notre temps, il les aborde avec sympathie, voire avec ferveur, car partout, qu'il s'agisse de Malraux ou de Camus, de Ionesco ou de Georges Mathieu, de cinéma, de la poésie ou du roman, ce qu'on retrouve dans notre époque c'est la sincérité et la lucidité: valeurs fondamentales, valeurs indiscutables qui marquent l'éveil de la conscience humaine aux conséquences de l'athéisme, son exigence d'absolu et, plus ou moins clairement ressentie, son exigence de salut.

Palanque et Chelini: Petite histoire des grands conciles. *Editions Desclée de Brouwer*, 312 pages, 1962.

Alors que s'ouvre à Rome le concile Vatican II, il est utile de se reporter à l'histoire des précédents conciles œcuméniques au nombre de vingt, depuis le IVe siècle. Ce petit livre n'est pas une suite de notices banales sur ces divers épisodes de l'histoire ecclésiastique, il s'efforce de faire comprendre clairement les problèmes qui se sont posés jadis à la conscience chrétienne et pour la solution desquels on a fait appel à des assemblées plénières de l'épiscopat catholique.

Weisenborn: L'Exécuteur. *Roman. Editions du Seuil*, 1962.

Un homme dans une voiture guette le passage d'un autre homme. Pendant que les minutes passent il revient sur le passé de cette Allemagne nazie contre laquelle combattait le petit groupe de résistants auquel il a appartenu. L'un d'eux a trahi, les preuves manquent, les témoins sont morts et ceux qui restent préfèrent apprendre la paix et le pardon. Va-t-il devenir l'instrument de la justice ou le criminel ? C'est la question que se pose le héros de ce roman qui aborde en Allemagne le problème de la culpabilité des hommes et de leur châtiment.

Weinstein, J. W. & Beutler E. — *Mechanism of anemia — Mc Graw Hill Book Cy — New-York — Toronto — London* — 1962.

Cet excellent livre dans un style simple et facilement accessible au médecin praticien expose les problèmes modernes qui se posent au médecin en présence de l'anemie.

Des schémas bien faits, d'excellentes illustrations permettent de suivre aisément le dédale des mécanismes biochimiques qui interviennent dans l'hémopoïèse et permettent de situer où se trouve l'altération qui n'a pas permis au sang d'atteindre sa richesse normale en hémoglobine et en globules rouges.

L'attrait principal de ce livre est la facilité avec laquelle il nous fait comprendre les mécanismes biochimiques les plus complexes.

J. Lederer.

PETITES ANNONCES

Demande d'emploi
Jeune infirmière cherche travail half-time chez médecin excercant à Uccle ou environs.
Tél. 74.34.44 6301

Divers
Splendides jeunes dobermanns à vendre.
Tél. 02/49.39.26 après 18h. 30.

Société Médicale Belge de Saint-Luc

(Association sans but lucratif)

Président Général: Prof. Dr. P. VAN GEHUCHTEN

Secrétariat Général: Dr. A. THULLIEZ — *Trésorerie*: Dr. J. GILLIS

19, Avenue de l'Yser, Bruxelles 4 — Tél. 35.36.02

Société de Saint-Luc de Ath-Lessines, 36, rue de l'Hôtellerie, Lessines.
Société de Saint-Luc de Bruxelles, 215, rue Américaine, Bruxelles, 5
Société de Saint-Luc Centre, 37, rue du Parc, La Louvière.
Société de Saint-Luc de Charleroi, 199, Grand'Rue, Charleroi.
Société de Saint-Luc de Liège, Clinique de Rocourt.
Société de Saint-Luc Mons, place d'Avesnes, Mons.
Société de Saint-Luc de Namur, 25, rue Henri Lemaitre, Namur.
Société de Saint-Luc de Tournai, 15, rue Childéric, Tournai.
Société de Saint-Luc de Verviers, 254,b ch. de Heusy, Verviers.

Jeunesse Médicale de Saint-Luc

Jeunesse Médicale de Saint-Luc de Liège, 14, *quai Churchill*, Liège.
Cercle Médical Saint-Luc de Louvain, 17, rue Notre-Dame, Louvain.

Aide Médicale aux Missions

Secrétariat Général: boulevard Louis Schmidt, 111, Bruxelles